

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N.°

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par J. LE PANNETIER DE ROISSAY

LES

VRAIES ET LES FAUSSES DYSPEPSIES

Les secrets de la nature sont cachés; quoiqu'elle agisse toujours, on ne découvre pas toujours ses effets; le temps les révèle d'âge en âge et quoique toujours égale en elle-même, elle n'est pas toujours également connue.

PASCAL

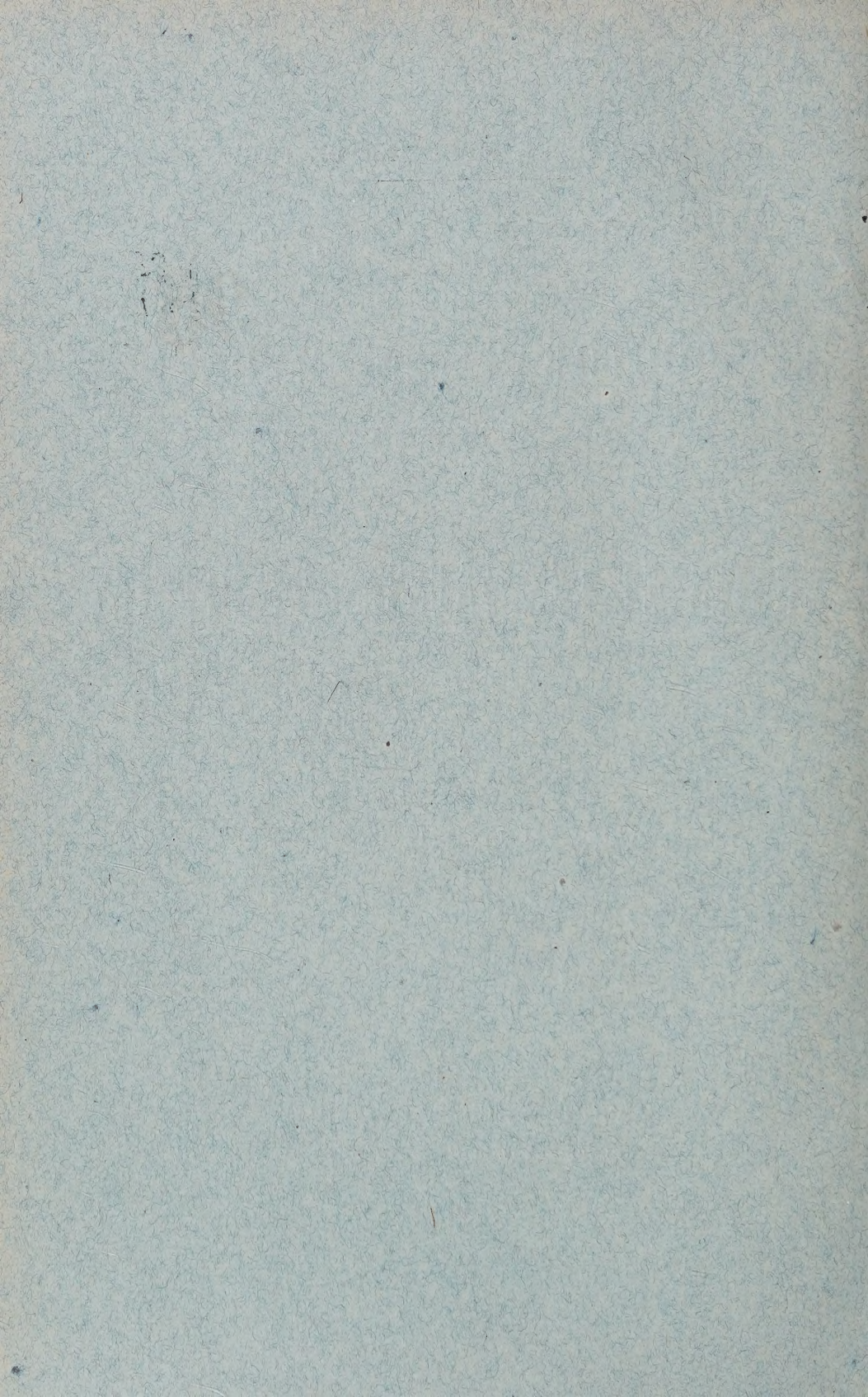
Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1912



95

THÈSE

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1912

THÈSE

N. —

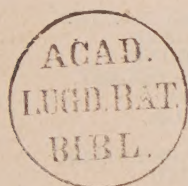
POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Par J. LE PANNETIER DE ROISSAY

LES

VRAIES ET LES FAUSSES DYSPEPSIES



Les secrets de la nature sont cachés ; quoiqu'elle agisse toujours, on ne découvre pas toujours ses effets ; le temps les révèle d'âge en âge et quoique toujours égale en elle-même, elle n'est pas toujours également connue.

PASCAL

Président : M. CHANTEMESSE, professeur.

PARIS

VIGOT FRÈRES, ÉDITEURS

23, PLACE DE L'ÉCOLE-DE-MÉDECINE, 23

—
1912

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.	M. LANDOUZY.
Professeurs	MM.
Anatomie	NICOLAS.
Physiologie	CH. RICHEL.
Physique médicale	WEISS.
Chimie organique et chimie générale.	DESGREZ.
Parasitologie et Histoire naturelle médicale	BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales	ACHARD.
Pathologie médicale	WIDAL.
Pathologie chirurgicale.	TEISSIER.
Anatomie pathologique.	LEJARS.
Histologie.	PIERRE MARIE.
Opérations et appareils.	PRENANT.
Pharmacologie et matière médicale	HARTMANN.
Thérapeutique	POUCHET.
Hygiène	MARFAN.
Médecine légale.	CHANTEMESSE.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	THOINOT.
Pathologie expérimentale et comparée	LETULLE.
	ROGER.
	DEBOVE.
	LANDOUZY.
	GILBERT.
	CHAUFFARD.
	HUTINEL.
Clinique médicale	
Maladies des enfants.	GILBERT BALLET
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale	GAUCHER.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques	DEJERINE.
Clinique des maladies du système nerveux.	PIERRE DELBET.
	QUENU.
Clinique chirurgicale.	RECLUS.
	N....
Clinique ophtalmologique	DE LAPERSONNE
Clinique des maladies des voies urinaires	LEGUEU.
	BAR.
Clinique d'accouchements.	PINARD.
	RIBEMONT DES-
	SAIGNES.
Clinique gynécologique.	POZZI.
Clinique chirurgicale infantile	KIRMISSON.
Clinique thérapeutique	A. ROBIN.

Agrégés en exercice.

MM.			
BALTHAZARD	DUVAL (PIERRE)	LENORMANT	PROUST
BERNARD	GOUGEROT	LEQUEUX	RATHERY
BRANCA	GREGOIRE	LERI	RETTERRER
BRINDEAU	GUENIOT	LOEPER	RICHAUD
BROCA (ANDRÉ)	GUILLAIN	MACAIGNE	ROUSSY
BRUMPT	JEANNIN	MAILLARD	ROUVIERE
CAMUS	JOUSSET (ANDRÉ)	MORESTIN	SCHWARTZ
CARNOT	LABBÉ (MARCEL)	MULON	SICARD
CASTAIGNE	LANGLOIS	NICLOUX	TERRIEN
CHEVASSU	LAIGNEL-LAVAS-	NOBÉCOURT	TIFFENEAU
CLAUDE	TINE	OKINCZYC	ZIMMERN
COUVELAIRE	LECÈNE	OMBREDANNE	

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MES PARENTS

A MES AMIS

A M. le Professeur CHANTEMESSE

Membre de l'Académie de Médecine,
Médecin de l'Hôtel-Dieu,
Commandeur de la Légion d'Honneur,

*Qui, après avoir si aimablement mis à ma disposition
son service de consultation d'estomac, m'a fait le
grand honneur de présider ma thèse,
Ce travail est respectueusement dédié.*

Je tiens à remercier ici tous mes maîtres de l'École de médecine de Rennes qui, pendant quatre années d'études médicales à cette Université, m'ont témoigné de la bienveillance et de la sympathie.

A MM. les D^{rs} Follet et Bodin, dont je fus l'élève pendant mes deux années d'externat, j'adresse l'expression de ma reconnaissance pour l'estime et l'intérêt qu'ils ont bien voulu m'accorder.

A Paris, M. le D^r Cawadias, chef de clinique à la Faculté, chargé de la consultation des maladies du tube digestif à l'Hôtel-Dieu, m'a inspiré le sujet de cette thèse. Pendant les études qu'ont nécessitées ce travail, il m'a constamment accordé l'appui de sa compétence spéciale. Qu'il reçoive ce témoignage sincère de ma gratitude et qu'il demeure persuadé que ses précieux conseils ne seront pas perdus.



Digitized by the Internet Archive
in 2026

LES VRAIES ET LES FAUSSES DYSPEPSIES

CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES

Si l'on passe en revue les différents travaux qui ont été faits sur les dyspepsies dans le courant du XIX^e siècle, on est assez surpris de constater la variété et l'opposition des théories et des systèmes, en même temps que le peu de précision des thérapeutiques conseillées par les différents chefs d'école.

Pourquoi, depuis Jean de Borris qui s'occupa dès 1564 des troubles digestifs et les décrivit sous le nom générique de dyspepsie, a-t-il fallu tant d'années et tant d'études remarquables pour arriver à grouper d'une manière précise leur symptomatologie ?

Pourquoi, malgré les progrès accomplis, les discussions sont-elles toujours ardentes, et les avis assez opposés pour que l'on ne trouve pas deux traités spéciaux s'accordant sur la classification, l'étiologie, la thérapeutique des dyspepsies ?

L'explication semble facile. Et nous croyons pouvoir grouper sous trois causes principales les difficultés encore présentes.

Tout d'abord la physiologie et la pathologie ne disposent que depuis un petit nombre d'années les procédés spéciaux qui permettent de meilleures observations.

Pour bien connaître les maladies de l'estomac, il est nécessaire de préciser les conditions chimiques de la digestion stomacale. Et le chimisme de l'estomac date d'hier.

Les nouveaux procédés d'exploration tels que l'application des rayons X, les recherches d'anatomie microscopique, la cytologie des liquides de lavage, les examens des fèces, ont permis d'apporter une très grande précision dans l'étude de la physiologie et la pathologie de l'estomac. C'est grâce à eux que l'on a pu distinguer, en clinique comme dans les traités de pathologie, les dyspepsies des maladies organiques comme les ulcérations, les gastrites, le cancer.

La seconde raison des hésitations et de la versatilité des systèmes, réside dans la complexité même des symptômes cliniques des dyspepsies. A première vue, en effet, il n'existe pas de dyspepsies, mais des dyspeptiques. Chacun souffre de son estomac à sa manière, suivant son tempérament, ses dispositions héréditaires, le terrain préparé d'avance à telle ou telle forme de syndrome. Le terrain névropathique, le terrain asthénique, le terrain arthritique, jouent un grand rôle dans nos conceptions modernes de la pathologie. Ces considérations permettent aujourd'hui d'expliquer bien des choses qui semblaient, il y a cinquante ans, incompréhensibles. Et cependant on ne se rebutait pas.

Les plus entreprenants ou les plus imaginatifs de nos devanciers essayaient de grouper toute cette symptomatologie éparse.

On tentait d'expliquer par des motifs plausibles la cause des phénomènes observés. Aussi un système était édifié souvent *à priori* et sans expérimentations suffisantes. Toutes les dyspepsies furent ramenées, pour les uns, à la gastrite, pour les autres à la dilatation et à la névrose.

Il faut encore faire intervenir dans l'explication des échecs successifs que les spécialistes des maladies d'estomac ont éprouvés, à travers les différentes étapes parcourues, un défaut de méthode.

Toutes nos classifications, toutes nos distinctions, sont assurément arbitraires. C'est une nécessité de notre esprit que de créer des groupes, des genres, qui mettent par analogie ou par différence, de l'ordre dans l'amas épars de nos connaissances.

Les classifications médicales ne doivent avoir qu'un but : l'indication thérapeutique. Tant que, ce que nous avons coutume d'appeler actuellement le syndrome clinique, ne pourra correspondre à une thérapeutique particulière à chaque syndrome et déterminée par lui, on peut être certain que l'on a fait fausse route. Savoir en médecine, c'est guérir ou tout au moins, soulager.

Et ceci a été surtout l'écueil des dernières années. Alors que l'on était en mesure de connaître suffisamment la physiologie et la pathologie de l'estomac, on s'est perdu dans les théories pathogéniques des dyspep-

sies, en se demandant si celles-ci correspondaient à des lésions histologiques ou non. On a créé des mots nouveaux, échafaudé des conceptions nouvelles. Et la thérapeutique, le traitement de ces symptômes étaient relégués au second plan.

Avant de présenter une vue d'ensemble de ce qui pourrait s'appeler le problème dyspeptique tel qu'il se pose actuellement, nous voudrions, pour donner de la clarté à l'exposition de notre sujet, résumer brièvement les différentes conceptions pathogéniques des dyspepsies. Elles nous permettront de jeter un rapide coup d'œil sur les travaux si remarquables effectués au cours du XIX^e siècle sur ce sujet, par des hommes dont nous avons le devoir d'honorer la mémoire en rappelant les noms.

CHAPITRE PREMIER

CLASSIFICATION HISTORIQUE D'APRÈS LES THÉORIES PATHOGÉNIQUES

I. — La théorie organicienne

Les dyspepsies sont dues à une lésion de l'estomac. Mais ces lésions peuvent porter, soit sur la muqueuse, soit sur la musculuse, d'où deux conceptions un peu différentes.

A) Lésions de la muqueuse

C'est la théorie la première en date.

L'inflammation de la muqueuse ou gastrite, expliquait pour Broussais (1) et son école tous les troubles de l'estomac. Avant lui, Hoffmann, Boerhaave, Bonnet, Morgagni, Sauvages et l'illustre Cullen avaient déjà édifié des conceptions analogues.

BROUSSAIS distinguait : la gastrite aiguë, la gastrite chronique, comprenant elle-même quatre formes secondaires caractérisées par l'état de rougeur plus ou moins

1. Leçons du Dr Broussais sur les phlegmasies gastriques. Paris, 1819, n° 31-108. Biblioth.

accusée de la muqueuse. La troisième forme, il la dénommait dyspepsie. « Elle est caractérisée souvent, dit-il, par des douleurs tardives, principalement marquées deux heures après le repas. (Il avait déjà remarqué cette particularité qui caractérise notre dyspepsie hypersthénique actuelle).

LEVEN en 1887 (1) admettait que la cause des dyspepsies réside dans l'inflammation de la muqueuse gastrique ou tout au moins dans la congestion. Que cette congestion soit passagère, c'est une dyspepsie peu durable; elle se prolonge au contraire tant que l'hyperhémie de la muqueuse se maintient.

Il avait étayé cette pathogénie sur des expériences, d'ailleurs fort intéressantes, entreprises sur des chiens, et démontrait ainsi *de visu* la fréquence de la congestion de la muqueuse sous l'influence des aliments irritants.

MM. MATHIEU ET ROUX ne sont pas très éloignés de cette théorie anatomique. Ils représentent de nos jours, modifiée par les expériences de tout un siècle, la vieille école de Broussais.

« Il n'existe pas, disent-ils (2), d'estomac adulte sans lésions de la muqueuse plus ou moins accusées, et cela, non seulement chez les dyspeptiques, mais chez des adultes normaux, ne souffrant nullement de l'estomac et dans un état de santé en apparence parfaite. La gas-

1. Leven. *Traité des maladies de l'estomac*. Paris, Masson, 1887.

2. Mathieu et Roux. *Pathologie gastro-intestinale*, 1909.

trite latente est d'une fréquence extrême et pour ainsi dire constante chez l'homme adulte civilisé. Rien d'étonnant à cela. L'estomac, exposé de longue date aux traumatismes alimentaires les plus divers, recevant dans sa cavité des substances irritantes, trop chaudes ou trop froides, trop acides ou trop alcalines, souvent mal divisées pour la mastication, etc., ne peut conserver son intégrité anatomique. »

■

La sécrétion, d'après d'autres auteurs, demeure le point capital autour duquel gravite toute l'étiologie des dyspepsies.

Pour GERMAIN SÉE (1) « les dyspepsies gastro-intestinales sont des opérations chimiques défectueuses ».

REICHMANN, en 1882, décrivait l'hyperchlorhydrie et l'hypersécrétion.

STILLER, en 1886, résumait les théories allemandes de son époque et admettait les troubles fonctionnels du chimisme gastrique, soit par exagération soit par défaut. Telle était aussi l'opinion de MM. Boas et Ewald.

De nos jours, MM. HAYEM ET LYON, comparant le chimisme avec l'état de la muqueuse, établissent un rapport constant entre la sécrétion et l'état anatomique des glandes. Pour eux, c'est l'atrophie et la dégénérescence des cellules glandulaires qui amènent l'hypochlorhydrie et l'hypoepsie, tandis que leur hypertrophie

1. G. Sée. *Les dyspepsies gastro-intestinales*, 1881, n° 43938. Biblioth (Introduction).

et leur multiplication produisent l'hypersécrétion (1).

Donc, la gastrite est la cause principale des gastro-pathies simples. Leur expression clinique, la dyspepsie, complexe dans ses formes, varie du reste beaucoup, suivant l'état névropathique du sujet. Et, du reste, les gastrites latentes où les troubles de la sécrétion ne s'accompagnant d'aucun trouble dyspeptique, sont d'une grande fréquence.

C'est également ce qu'affirme SOUPAULT dans son *Traité des maladies de l'estomac* (1906) : « Pour avoir une crise d'hyperchlorhydrie, dit-il, il faut déjà être hyperchlorhydrique. » La lésion primitive, d'après lui, doit précéder tout phénomène douloureux.

B) Lésions de la musculuse

DUPLAY père (1833), CRUVEILHIER (1852), KUSSMAUL (1869), PENZOLDT (1875), avaient déjà signalé les modifications de la musculature stomacale coïncidant avec les troubles digestifs.

Mais ce fut surtout BOUCHARD (2) qui attira d'une façon

1. « Les types chimiques pathologiques (en dehors de certains faits rares de gastro-névrose) sont absolument fixes et corrélatifs de lésions anatomiques. » Hayem et Lyon. *Maladie de l'estomac* in (Brouardel et Gilbert. *Nouveau traité de médecine et de thérapeutique*) (1913).

2. Bouchard. Du rôle pathogénique de la dilatation de l'estomac et de ses relations, avec diverses manifestations morbides. (*Bull. et mém. de la société méd. des hôpitaux de Paris*, 13 juin 1884.)

toute spéciale l'attention du monde médical sur la dilatation, sur sa fréquence, ses signes, son importance pathogénique.

« Tout estomac qui ne se rétracte pas, dit-il, quand il est vide, est un estomac dilaté. Sur 8 cas de dyspepsie chronique, on trouve 7 fois à l'estomac une dimension exagérée avec impossibilité de retrait. »

LEGENDRE, dans sa thèse (1), s'efforça de démontrer d'après les idées de Bouchard, que tous les dyspeptiques sont des dilatés, même ceux que Leube appelait les dyspeptiques nerveux, et ceux aussi qui étaient atteints de la gastroxynxis de Rossbach.

GLÉNARD (2) avait décrit dès l'année 1885 la gastropse dont la conception un peu spéciale apportait quelques précisions à la théorie de la dilatation et à sa pathogénie.

Objections à la théorie organicienne

Anatomique. — A cette doctrine on peut répondre que dans la majorité des cas des dyspepsies, rien n'est moins certain que la lésion de la muqueuse.

L'inflammation n'est pas démontrée puisque Renant a affirmé en 1894 (3) que dans les cas de dyspepsie où

1. Legendre. *Dilat. de l'estomac et fièvre typhoïde*, n° 157, 1886.

2. Frantz-Glénard. *Ptoses viscérales*, 1899, n° 51765.

3. Discussion sur le chimisme stomacal au Congrès de médecine de Lyon.

l'examen histologique fut possible, il n'y avait pas de lésion cellulaire.

Physiologique. — Leven ignorait sans doute, au moment où il effectuait ses expériences sur les chiens, que chaque repas ordinaire, même chez un sujet non dyspeptique, détermine par action réflexe de la congestion de la muqueuse. D'ailleurs Leven, dans ses travaux postérieurs à son *Traité des maladies de l'estomac*, tendait à abandonner sa thèse primitive.

Clinique. — En ce qui concerne les modifications du chimisme gastrique, SOUPAULT (1) se charge de répondre : « Nous avons observé certains malades souffrant de syndrome hyperchlorhydrique qui, guéris de leur douleurs, et de leurs troubles fonctionnels, présentaient également un chimisme gastrique identique au chimisme de leur maladie. »

Il en est de même pour le syndrome hypochlorhydrique. Du reste, il est à remarquer que certains sujets présentent de l'hyperchlorhydrie ou de l'hypochlorhydrie permanente sans jamais avoir présenté aucun symptôme digestif.

Il n'est pas rare encore de trouver des malades venant se plaindre de troubles d'estomac et ne présentant aucune modification appréciable de leur chimisme gastrique.

Quant à la dilatation, il est aisé de faire des remarques analogues. M. Bouchard admettait lui-même que 1 fois sur 8 cas, il existait une dyspepsie sans dilatation.

1. Thèse de 1893.

Donc la dilatation n'est pas à l'origine de toute dyspepsie. Et Legendre dans sa thèse écrit que, d'un autre côté, la dilatation de l'estomac peut exister sans détermination de sensations anormales, sans accidents dyspeptiques, ni gastralgiques, dans les deux tiers des cas. « C'est une maladie qui ne crie pas. On comprend qu'elle passe inaperçue. »

Thérapeutique. — La médication antiphlogistique ayant échoué, la médication chimique (acide chlorhydrique, pepsine, bicarbonate de soude) également, de même que la réduction des liquides et les régimes secs, il a bien fallu reconnaître que la doctrine organicienne étant tout au moins insuffisante pour expliquer toutes les dyspepsies et préciser les indications thérapeutiques.

II. — La théorie nerveuse

La théorie nerveuse essaie donc de suppléer aux insuffisances de la théorie organicienne. C'est elle peut-être qui répond le mieux à la pathogénie des dyspepsies et qui réunit actuellement la majorité des auteurs.

BARRAS (1), dès 1827, combattait énergiquement les idées de Broussais. D'après lui, la muqueuse stomacale n'est jamais rouge ni enflammée, mais toujours pâle. Rien d'étonnant à ce que la médication antiphlogistique (saignées, saugsues) n'agisse pas. Ce sont des toni-

1. Barras. *Traité sur les Gastralgies et les Entéralgies*, Paris, Béchot, jeune, 1827.

ques au contraire que l'on doit employer pour combattre les dyspepsies.

La névralgie de l'estomac est en résumé la cause de tout le mal. Après lui LASÈGUE (1), de même que TROUSSEAU ET GUBLER attribuent la dyspepsie à un trouble de l'innervation stomacale. C'est une hyperesthésie des nerfs de la muqueuse ou des nerfs de l'estomac qui en est pour eux la caractéristique.

Mais ce fut LEUBE (2) qui, le premier, en 1899, définit ce qu'il appela la dyspepsie nerveuse. L'expression était heureuse, mais vague, ce qui prêta dans la suite à de regrettables confusions, comme nous allons le voir. Il la différenciait nettement des autres dyspepsies, dans lesquelles on rencontrait des modifications de la motilité ou du chimisme. Les dyspepsies nerveuses seules étaient exemptes de toute lésion organique.

Un peu plus tard, LEVEN dans les travaux postérieurs à la publication de son *Traité sur les maladies de l'estomac*, admettait que les dyspepsies étaient dues à l'irritabilité du plexus solaire, englobant aussi dans la dyspepsie nerveuse de Leube, toutes les formes de dyspepsie.

BOUVERET (3) reprit en 1899 la thèse de Leube qu'il développa avec talent, mais en donnant plus d'extension que son prédécesseur au terme de dyspepsie nerveuse.

« Il s'agit, dit-il, d'un état dyspeptique commun dont

1. Lasègue. Introduction au *Traité de Brinton et Études médicales*.

2. Leube. *Deutsch. Archiv. fur Klin. med.*, Bd XXIII, 1879.

3. Bouveret. *Les maladies de l'Estomac*, 1893, n° 48.935. Bibl.

les symptômes sont comparables à ceux de cette dyspepsie qui se décrivait jadis sous le nom de dyspepsie flatulente; seulement cet état dyspeptique naît, se développe et persiste sans aucune lésion organique, et procède exclusivement d'un trouble fonctionnel de l'innervation de l'estomac. » Et il conclut : « L'interprétation de M. Leube qui avait conclu à une sorte d'irritabilité pathologique des nerfs sensitifs de la muqueuse gastrique est trop exclusive ou plutôt elle n'est pas rigoureusement exacte. Nous verrons que les troubles de l'innervation gastrique intéresse aussi la sécrétion et la stabilité.

Exemple : Pendant son repas, un homme jusque-là bien portant apprend tout à coup une mauvaise nouvelle; brusquement il perd l'appétit, cesse de manger, éprouve quelques sensations de torsion et de plénitude à l'épigastre. Voilà bien un fait d'observation journalière qui met bien en lumière l'influence d'un état cérébral sur les fonctions de l'estomac. Sans doute, ces symptômes seront probablement fugaces, passagers, ils auront entièrement disparu au bout de quelques jours, peut-être de quelques heures. Ils représentent cependant une esquisse de la dyspepsie nerveuse. En effet, si la secousse morale dépasse la résistance du système nerveux, ces troubles gastriques ne disparaîtront pas si promptement. Ils s'installeront d'une façon durable. Il n'est pas très rare que la dyspepsie nerveuse débute aussi brusquement à la suite d'une émotion forte et soudaine, comme la peur, l'angoisse, le chagrin, etc. « Les passions dépressives, les préoccupations d'affai-

res, les soucis, les tristesses habituelles, sont aussi des causes très communes des dyspepsies nerveuses. Ici les troubles gastriques débutent d'une manière moins aiguë, plus insidieuse et plus progressive. C'est de la même façon qu'agissent le travail intellectuel exagéré, les veilles prolongées, le surmenage permanent du cerveau. Dans tous les cas, les troubles gastriques sont bien d'origine centrale. Ils procèdent d'un trouble plus général des fonctions du système nerveux. »

Et Bouveret décrit avec beaucoup de soin deux formes de dyspepsies : bénigne et grave. Les dyspepsies s'accompagnent aussi de troubles fonctionnels marqués, avec modification très fréquente de la motilité et du chimisme.

Voyons maintenant quel sens la dyspepsie nerveuse revêt pour SOUPAULT (1).

Il remarque tout d'abord que les dyspepsies ne se développent que sur un terrain préparé. Terrain très souvent hyposthénique chez les hypochlorhydriques, terrain à réaction hypersthénique chez d'autres. Il existe une prédisposition à la dyspepsie qui dépend des états d'équilibre et de la constitution du sujet. Certains font des ictères plus facilement que d'autres, certains des congestions, certains de la tachycardie.

De plus, beaucoup de personnes mangent trop et trop vite, et ne sont pas des dyspeptiques. Il ne suffit donc pas d'excès alimentaires pour faire une dyspepsie, il faut autre chose :

« L'hyperesthésie du plexus solaire est le substratum

1. Soupault. *Les maladies de l'estomac*, 1906.

essentiel de toute dyspepsie. » Et en d'autres termes
« La dyspepsie est l'hyperesthésie du plexus solaire. »

« Cette formule, ajoute-t-il, nous permet d'apporter
quelque clarté dans l'étiologie de la dyspepsie. »

· Objections à la théorie nerveuse

La théorie nerveuse est aussi passible d'un certain
nombre d'objections.

Physiologique.—Car l'hyperesthésie du plexus solaire,
bien qu'en dise Soupault, n'explique pas tout. Et tout
d'abord faudrait-il expliquer la cause de cette hyperes-
thésie, survenant parfois d'une manière brusque chez
des sujets indemnes jusque-là de toute douleur gastri-
que. Il semble aussi difficile d'admettre l'origine pure-
ment nerveuse de dyspepsie que d'affirmer leur dévelop-
pement sous l'influence des modifications exclusives du
chimisme.

Clinique. — BOUVERET s'efforce de créer deux grou-
pes distincts : la dyspepsie hyperchlorhydrique et la dys-
pepsie nerveuse. Mais comment caractérise-t-il celle-ci ?

D'une manière assez imprécise puisque citant les tra-
vaux de Hertzog sur le même sujet, il expose que :

« Sur 14 cas de dyspepsie nerveuse, la motilité était
affaiblie 9 fois et normale une fois.

« Parmi les 9 malades avec motilité affaiblie, il y en
avait 3 d'acidité normale, 1 cas d'acidité faible, 5 cas
d'hyperacidité (hyperchlorhydrie) et parmi les 5 malades
avec motilité affaiblie, il y avait 1 cas d'acidité normale

et 5 cas d'hyperacidité. » Ses résultats personnels (Bouveret) l'ont conduit à des résultats un peu différents. Pour lui la motilité est presque toujours affaiblie, ainsi que l'acidité et la sécrétion. La cause, dit-il, de ces dyspepsies nerveuses est la neurasthénie, laquelle peut aussi causer l'hypersecretion et l'hyperchlorhydrie. Il est bien difficile de s'y reconnaître à travers toutes ces subtiles distinctions.

Et puis la clinique démontre qu'il est une catégorie importante de dyspeptiques chez lesquels il n'existe aucune tendance à la neurasthénie ou à l'hyperexcitation nerveuse. Et d'un autre côté les neurasthéniques ou les névropathes ne sont pas forcément des dyspeptiques.

On remarque seulement que, chez certains nerveux, des symptômes dyspeptiques viennent compliquer un état névropathique préexistant, de même que certains dyspeptiques présentent des retentissements nerveux considérables.

Enfin certains sujets, nous le verrons plus tard, se plaignent de leur estomac sans présenter de troubles fonctionnels, soit de la sécrétion soit de la motilité.

On voit maintenant par tout ce qui précède, combien ce terme de dyspepsie nerveuse prête à des confusions.

Du reste, il n'existe pas deux auteurs à comprendre ce terme exactement dans le même sens. Et Bouveret lui-même avouait le manque de précision de son exposé clinique ainsi compris, quand il écrivait : « Le syndrome dyspeptique de la dyspepsie nerveuse n'a rien de caractéristique. »

Thérapeutique. — Les médicaments qui s'imposent seront ici les sédatifs du système nerveux et la psychothérapie, balnéation, voyages. Ils échouent dans la plupart des cas.

III. — L'organicisme fonctionnel

Ce fut pour répondre à l'insuffisance de ses théories pathogéniques et de ses classifications boiteuses que le professeur Albert Robin (1), a édifié une thèse sur l'observation précise des troubles fonctionnels de l'estomac.

BEAU (2), dès 1866, avait déjà conscience de la faiblesse et de l'obscurité des théories pathogéniques quand il écrivait : « Il y a dyspepsie quand il y a trouble, faiblesse ou absence de l'acte digestif, quels qu'en soient les symptômes et quelles qu'en soient les causes. »

SOUPAULT dans sa thèse (3) en 1893 fit remarquer à juste titre que les symptômes décrits par les auteurs n'avaient de valeur réelle qu'en tant que groupés en syndromes fonctionnels. « Toutes les classifications, dit-il (p. 70), basées soit sur la symptomatologie, soit sur la chimie, soit sur la motricité nous paraissent artificielles. Nous pensons qu'une classification basée à la fois sur ces trois éléments de l'activité stomacale répond mieux à la réalité. »

Et le professeur ALBERT ROBIN développe en ce sens

1. A. Robin. *Traité des maladies de l'estomac*, 1900-1904.

2. Beau. *Traité de la dyspepsie*, 1866, n° 32.717.

3. Soupault, *Les dyspepsies nerveuses*. Thèse de Paris, 1893.

toutes ces idées quand il écrit : « Chercher partout la lésion matérielle, et ne voir d'entité morbide que là où il existe une lésion, c'est outrepasser la puissance de cet anatomo-organicisme qui, depuis plus d'un siècle, dominant les choses de la médecine, imprime à cette science une impulsion merveilleuse sans que l'art de guérir en bénéficiait réellement ». « A l'organicisme anatomique il faut opposer l'organicisme fonctionnel qui permettra l'emploi de la thérapeutique des réactions cellulaires. »

Les dyspepsies ne sont plus que des troubles de la fonction et si « le chimisme stomacal n'occupe plus qu'un rang accessoire », il n'interviendra qu'à titre consultatif. « En nous plaçant, ajoute-il, sur ce terrain et en rappelant que la physiologie de l'estomac ne saurait plus être dissociée que son anatomie, on arrive aussi à une classification rationnelle qui sous-entend l'indication thérapeutique. »

Il admet en outre que la maladie primitive de la fonction crée peu à peu la lésion de l'organe et qu'aussi apparaissent des lésions fixes de la muqueuse ou de la musculuse, pouvant aboutir aux ulcérations. Avec Debove et Remond, il admet qu'aucune règle fixe ne saurait être posée au point de vue du rapport qui existe entre la cause de la dyspepsie et sa forme.

C'est l'aveu très simple des difficultés que l'on éprouve à établir l'étiologie des dyspepsies vraies et il fait rendre hommage à la perspicacité du professeur ALBERT ROBIN qui a saisi, le premier, l'importance relative de cette question, puisqu'il est impossible, dans la plupart des cas, de faire de la thérapeutique étiologique.

Discussion. — En résumé, ce qui caractérise les dyspepsies ce n'est pas l'hyperactivité nerveuse. Celle-ci peut y être assurément pour quelque chose, mais il nous est impossible de démontrer la part du système nerveux dans son développement ultérieur. De même, s'il s'agit des modifications histologiques.

Renaut affirmait en 1894 qu'il n'existait pas de lésions.

L'anatomie microscopique de l'estomac existe à peine. Les digestions *post mortem* rendent très difficiles les examens histologiques et sont exposées à de multiples causes d'erreurs. De plus les examens sont fort rares, puisqu'on ne meurt pas de dyspepsie. Aussi toutes ces théories peuvent-elles être considérées en pratique comme dépourvues d'importance réelle. Ce que nous savons d'une manière très précise, c'est que des causes diverses agissent sur le fonctionnement général de l'estomac, déterminant des modifications plus ou moins permanentes. Les calmants du système nerveux n'agissent dans aucun cas d'une manière certaine, ce qui tendrait à démontrer que dans les cas les plus manifestes d'hyperactivité gastrique, il y a d'autres éléments à intervenir que les troubles du système nerveux. L'importance du chimisme est considérable en clinique et sous-entend très souvent les indications thérapeutiques.

Il est possible encore que l'hyperchlorhydrie détermine sur la muqueuse des lésions encore inconnues parce que trop légères et qu'elles suffisent néanmoins pour favoriser les réactions de tous les autres éléments de l'estomac. Le traitement spécial empêchant les acides d'agir sur la muqueuse érodée, permet la cicatrisation. L'esto-

mac reprendrait alors sa fonction normale, même en maintenant son exagération de sécrétion, comme l'a constaté Soupault, sans occasionner de douleurs. Cependant ces hyperchlohydriques permanents seraient en réalité des dyspeptiques latents prêts à manifester de nouveaux symptômes à la moindre cause d'excitation secondaire.

IV. — Théories des fausses gastropathies

Il semblait que la question eut été définitivement tranchée. Or, il n'en fut rien.

Dans une œuvre postérieure aux publications du professeur Albert Robin, DUBOIS DE BERNE (1) attribuait à une psychonévrose la grande majorité des dyspepsies.

« J'ose affirmer, écrit-il, que 90 % des dyspeptiques sont des psychonévrosés, et que tous ces malades n'ont que faire du régime restreint et des médications stomachiques. » Et pour préciser sa pensée il ajoute plus loin : « Le névrosisme n'est pas localisé dans un organe, il est mental. » Il en résulte que : « Le diagnostic de dyspepsie nerveuse ne se base pas en général sur l'examen de l'estomac, sur les recherches chimiques, c'est par l'observation du malade que l'auteur décèle chez lui les particularités mentales du nervosisme, la psychopathie. »

Le professeur DÉJERINE (2) est encore plus exclusif. Dans un article de 1906, il demande que, dans tous les cas

1. Dubois de Berne. *Les psychonévroses et leur traitement*, 1905, n° 56.680.

2. Déjerine et Gauckler. Les faux gastropathes, *Presse médicale*, 1906, 21, 28 et 31 mars.

de dyspepsie, on laisse de côté les procédés habituels de diagnostic, repas d'épreuve, tubage, radioscopie, etc., « ce qui confirme les malades dans leurs convictions morbides » et que l'on se base seulement sur l'interrogatoire.

En un mot, pour ces auteurs, les dyspeptiques seraient tous des psychiques qui localiseraient leurs troubles du système nerveux cérébral à leur estomac, et même que l'amputé localise la douleur de son nerf sectionné à l'extrémité du membre absent.

Le traitement devient ainsi fort simple : plus de médicaments et plus de régimes. On prescrira le repos au lit avec du lait, pris à des heures régulières, par doses croissantes. Et l'on reviendra insensiblement à un régime normal. On agira en même temps sur le psychisme des malades pour contrebalancer leur auto-suggestion. Et par cette méthode, Dubois de Berne, de même que le professeur Déjerine, enregistrent de nombreux succès.

Conclusions

En résumé, et pour terminer cet exposé des différentes conceptions pathogéniques des dyspepsies, nous sommes obligé de reconnaître qu'aucune ne satisfait complètement l'esprit.

Aussi ne chercherons-nous pas à nous engager dans une voie qui ne peut nous apporter encore que des déceptions. Origine inflammatoire ou nerveuse, nous n'en savons rien.

Admettons simplement que le terme dyspepsie gastrique signifie trouble dans la digestion gastrique. C'est

donc un terme qui désigne une altération fonctionnelle et non une entité morbide.

Nous comprendrons ainsi chez les dyspeptiques deux classes distinctes.

1° Les uns souffrent de troubles fonctionnels que la clinique et les nouvelles méthodes d'investigation nous permettent de préciser.

2° Les autres ne présentent pas ces troubles fonctionnels. Leur psychisme seul est anormal ou leur système nerveux assez excitable pour être troublé par les moindres modifications organiques agissant sur leur sens de perception interne.

Dans ce travail, nous aurons pour but d'étudier les dyspeptiques et d'examiner s'il existe réellement autant de faux dyspeptiques que MM. Dubois de Berne et Déjerine le prétendent, et ce qu'il faut entendre exactement par ce terme.

Pour ne pas causer de confusions, nous croyons sage d'abandonner le terme de dyspepsie *nerveuse* qui a prêté à des conceptions différentes et vagues, sans faire avancer d'un pas la thérapeutique et la classification précise des dyspepsies, et nous ne retiendrons que les deux groupes suivants :

1° Dyspepsies fonctionnelles ou dyspepsies vraies.

2° Les fausses dyspepsies ou dyspepsies pithiatiques d'après l'heureuse expression de M. Babinski (1), et qui rend exactement notre pensée en ce qui concerne ce point spécial de pathologie stomacale.

1. Cf. Dr A. Cawadias. Les vraies et les fausses dyspepsies gastriques, *Paris Médical*, 23 nov. 1912.

CHAPITRE II

LES DYSPEPSIES VRAIES

Avant de nous occuper du syndrome fonctionnel des dyspepsies vraies, nous devons insister sur ce fait qu'en face d'un malade qui souffre de l'estomac, l'examen approfondi de son état gastrique s'impose.

Non seulement, malgré l'opinion si affirmative de MM. Dubois et Déjerine, il n'y a pas à craindre de faire porter l'attention du malade sur son estomac en augmentant aussi son auto-suggestion, mais la confiance viendra d'elle-même quand celui-ci aura reconnu que ses fonctions digestives ont été examinées avec toutes les précisions dont on dispose. Les malades sont très facilement convaincus quand on vient, après un examen sérieux, leur affirmer qu'ils ont rien de fonctionnel. Nous l'avons constaté plusieurs fois.

Ce n'est pas tout. Si l'on omet d'examiner avec soin l'appareil digestif d'un sujet, on s'expose à de graves erreurs. Il est trop facile de méconnaître ainsi des maladies organiques de l'estomac telles que les ulcérations, la maladie de Cruveilhier, la linité plastique ou le cancer sans compter que la dyspepsie dont souffre le malade

peut n'être pas primitive, mais secondaire à des affections des autres appareils, intestin, foie, appareil urinaire, etc.

De nos jours l'accord n'est pas encore effectué sur la classification des dyspepsies.

Les Allemands et la plupart de nos auteurs français (Hayem et Lyon, Cade), dissocient les éléments fonctionnels.

Ils envisagent successivement, l'hyperchlorhydrie ou l'hypochlorhydrie, l'atonie gastrique et la dilatation, la gastralgie.

Nous croyons, d'après le professeur Albert Robin, que ces divisions, purement virtuelles et qui peuvent être très précieuses pour l'étude des symptômes dissociés, ont peu de chose à voir avec la clinique. « Quel que soit en effet, dit le professeur Robin, celui des éléments structuraux de l'estomac, glande, épithélium, muscles, vaisseaux sanguins ou lymphatiques, nerfs, qui soit frappé, il y a dyspepsie. » « Un trouble stomacal peut débiter par un vice dans la sécrétion du suc gastrique, par une atonie ou par un spasme de la musculature, mais cette perturbation ne demeure pas localisée. »

« Les troubles chimiques, moteurs, circulatoires, nerveux, se compliquent et s'enchevêtrent, sans que le sens de la complication soit toujours semblable à lui-même. L'estomac est un tout qui ne se dissocie pas plus en physiologie qu'en pathologie. »

Ce qui caractérise, d'après ces principes, la dyspepsie vraie, c'est son syndrome fonctionnel. Or, comme le soutiennent Soupault et le professeur Robin, partant

d'une vue de l'esprit, d'une intuition très remarquable qui devaient conduire à de beaux résultats thérapeutiques, une fonction ne peut être troublée que de trois façons principales qui sont l'exagération, l'insuffisance et la perversion. D'où trois groupes de dyspepsies.

A) Les dyspepsies par exagération de la fonction ou dyspepsies hypersthéniques.

B) Les dyspepsies par insuffisance de la fonction ou dyspepsies hyposthéniques.

C) Les dyspepsies par perversion fonctionnelle ou dyspepsies de fermentation.

A) Dyspepsies hypersthéniques

Le terme hypersthénique a été employé pour la première fois par Soupault dans sa thèse (1) en 1893.

Dès le commencement de cette même année, le professeur Albert Robin (*Bulletin médical*, 26 février 1893) adoptait également cette terminologie pour désigner les états d'excitation fonctionnelle de l'estomac.

C'était un excellent terme : il correspondait à la théorie pathogénique exprimée plus haut et comprenait l'exagération des fonctions de l'estomac, fonctions chimiques et musculaires, nerveuses et sensibles.

Ce syndrome représente en réalité la majorité des cas de dyspepsies puisque, d'après notre statistique établie au service de la consultation d'estomac du profes-

1. Dr Maurice Soupault. *Les dyspepsies nerveuses*, 1893, Paris.

seur Chantemesse (dirigé par le D^r Cawadas), sur 100 dyspeptiques nous trouvons 55 syndromes hypersthéniques.

Qu'est-ce qui caractérise ce syndrome hypersthénique ?

Ce sont les douleurs tardives.

Ces dyspeptiques se plaignent tout particulièrement d'une douleur qui apparaît de deux à quatre heures après les repas, plus particulièrement après celui de midi. La douleur est plus ou moins violente et affecte des formes variables ; chaque malade du reste l'exprime par des mots différents.

C'est une douleur épigastrique mais qui fréquemment s'irradie dans les hypocondres et dans le dos entre les deux omoplates ; elle peut remonter aussi jusqu'aux épaules.

Elle dure de quinze minutes à plusieurs heures, généralement jusqu'au repas suivant. L'absorption d'un aliment quelconque calme en général ces douleurs : aussi certains de ces dyspeptiques prennent-ils l'habitude de manger un peu toute la journée, ce qui augmente en général les symptômes.

La plupart du temps l'état général est bon ; l'appétit est normal ou exagéré : mais la soif est vive. La langue est humide et rosée, quelquefois elle prend une coloration rouge vif. La constipation est opiniâtre et est caractérisée par des alternatives de diarrhée avec rejet fréquent de muco-membranes.

Les malades se plaignent souvent de renvois acides, d'aigreurs et de brûlure le long de l'œsophage. Ces symptômes suffisent pour assurer le diagnostic, mais il se peut aussi qu'ils soient beaucoup plus flous, beaucoup moins accusés. On emploie dans ce cas les moyens adju-

vants. Cesont l'examen du suc gastrique et la radioscopie.

Le chimisme gastrique. — L'acidité totale recherchée par la méthode de Töpfer (1) sera supérieure à 2 grammes par litre de liquide gastrique. L'acidité chlorhydrique libre dépassera 0 gr. 50 et les acides combinés 1 gr. 40.

La radioscopie indiquera une augmentation de l'activité des contractions stomacales (quelquefois on pourra distinguer les ondes péristaltiques à la simple inspection de la région épigastrique, le malade étant couché). On remarquera une diminution plus ou moins considérable du séjour des aliments dans l'estomac.

Un élément spasmodique vient très souvent se surajouter au syndrome hypersthénique.

Le professeur Albert Robin, dès l'année 1888, avait soutenu que ce n'était pas l'atonie gastrique qui était cause de la stase et de la dilatation dans les dyspepsies hypersthéniques, mais bien un obstacle pylorique dû à un rétrécissement par spasme. Un simple réflexe nerveux, d'après cet auteur, pourrait être la cause de ce spasme, tandis que d'après d'autres, l'intervention de lésions de la muqueuse, gastrite ou ulcération, serait indispensable pour que les réactions de défense de l'organe puissent se manifester d'une manière aussi accentuée.

Ici l'état général s'aggrave. Quand le spasme devient permanent, les malades maigrissent, se cachectisent, prennent l'aspect de « faux cancéreux ».

La langue est saburrale, les vomissements fréquents,

1. Il est préférable d'employer ce procédé modifié par Albert Robin et Bournigault. Il devient à la fois plus pratique et plus précis.

et, dans certains cas, l'ascite peut apparaître, par suite de compressions hépatiques.

B) Les dyspepsies hyposthéniques

La dyspepsie hyposthénique correspond à l'insuffisance fonctionnelle de tous les éléments de l'activité stomacale. Cette définition correspond à peu près à l'hypochlorhydrie des auteurs, bien que cette expression ne corresponde pas seulement à l'insuffisance de l'activité glandulaire particulièrement en ce qui concerne l'acidité du suc gastrique. Elle correspond aussi assez exactement à l'atonie gastro-intestinale neurasthénique de Bouveret, à la dyspepsie asthénique de Soupault. Cliniquement elle est caractérisée :

Par le manque d'appétit des malades qui en sont atteints ; c'est un appétit souvent irrégulier, instable. La langue est souvent saburrale et la bouche mauvaise.

Les malades se plaignent essentiellement de pesanteurs, de tiraillements, de malaises, de sensations de gonflement, d'étouffements dès qu'ils ont une certaine quantité d'aliments dans l'estomac. Ces troubles ne déterminent pas de douleurs, mais une gêne considérable. Certains sont obligés de desserrer les vêtements qu'ils portent et sont sujets à la somnolence ; souvent ils sont incapables de s'appliquer à un travail quelconque pendant toute la durée de cette pénible digestion. Enfin, dans la soirée, quatre ou cinq heures après leur repas, ils vont mieux. Ils se sentent soulagés. Et à chaque

repas ou presque, les mêmes symptômes recommencent. La constipation existe souvent, mais la diarrhée est également fréquente.

D'après notre statistique de l'Hôtel-Dieu :

Sur 100 dyspepsies, 32 ont nettement les caractères de la dyspepsie hyposthénique. Elles sont donc un peu moins fréquentes que les dyspepsies hypersthéniques.

Le chimisme gastrique. — L'acidité totale du suc gastrique est notablement diminuée.

Elle peut être nulle. De même en ce qui concerne l'acide chlorhydrique libre.

Mais on est en droit de considérer comme dyspepsie hyposthénique, celle qui, en dehors de toute autre modification du chimisme, ne présente pas d'acide chlorhydrique libre.

L'examen radioscopique décèle toujours plus ou moins d'atonie, de l'allongement vertical de l'estomac et de la stase.

Les complications gastriques sont :

1° Les fermentations. Elles correspondent à une langue saburrale, à du tympanisme, à des éructations fréquentes et odorantes, avec une diminution de l'appétit.

2° La stase par atonie. L'estomac ne réagit plus à la présence des aliments. Il est distendu et immobile. L'appétit est nul, les vomissements fréquents et irréguliers, l'état général grave (anémie, amaigrissement, affaiblissement général), les malades présentent ainsi un terrain tout préparé pour l'évolution d'une tuberculose à marche rapide.

C) Les dyspepsies de fermentation ou syndrome flatulent

Nous verrons plus tard que le syndrome flatulent est rarement primitif : cependant d'après nos observations personnelles, sur 100 dyspeptiques examinés à la consultation de l'Hôtel-Dieu, nous avons pu étiqueter 9 cas « syndrome flatulent ». Ce qui caractérise au point de vue fonctionnel le syndrome flatulent, ce sont les deux éléments suivants :

La fermentation, l'aérophagie.

1° **La fermentation.** — Pour qu'il y ait fermentation, il est nécessaire que les aliments stagnent, soit par suite de dyspepsie hypersthénique ou hyposthénique. Les symptômes d'une de ces formes de dyspepsie sont souvent tellement vagues au point de vue clinique, que l'on peut rencontrer des syndromes flatulents qui semblent primitifs. Après le repas, le malade ressent une impression de lourdeur, de fatigue, d'impuissance intellectuelle et musculaire avec une tendance manifeste au sommeil. Il ressent en outre des étouffements, de l'oppression plus caractérisés encore que dans la dyspepsie hyposthénique. Il a une sensation pénible de plénitude et de gonflement qui l'oblige à desserrer ses vêtements. Les régurgitations sont fréquentes, nombreuses ; elles sont à la fois liquides, gazeuses et alimentaires. Il est rare qu'elles s'accompagnent de vomissements vrais ou même de rejets des aliments en dehors de la bouche.

La palpation décèle un bruit de clapotage, et l'épigastre est tendu. Les fausses-côtes peuvent être soulevées et toute la région faire voussure.

Les éructations sont fréquentes, odorantes, la langue saburrale recouverte d'un enduit épais et grisâtre. Le chimisme stomacal démontre, avec une acidité normale par ailleurs, l'augmentation plus ou moins considérable des acides de fermentation. Ces acides dont la quantité ne doit pas dépasser normalement 0 gr. 10 par litre, peuvent atteindre 0 gr. 40, 0 gr. 50, 1 gramme, et même davantage.

Les complications gastriques résident dans les vomissements acides, d'une odeur aigrelette et assez fréquents et dans l'aggravation de l'état général.

2° **L'aérophagie.** — Ce que nous avons dit plus haut pour l'élément fermentation se trouve ici applicable. La plupart du temps, l'aérophage souffre de son estomac et il avale de l'air croyant se soulager. L'aérophagie consiste essentiellement dans la déglutition de l'air, soit pendant l'absorption des aliments ou des boissons, soit par simple déglutition de l'air, associée ou non à des éructations de même nature ou de nature fermentescible.

Au point de vue fonctionnel, les malades se plaignent d'avoir des éructations nombreuses, indéfinies (rots en série, rots en salve de Mathieu); ces éructations sont inodores.

Au point de vue des symptômes objectifs, on peut déceler l'aérophagie de deux manières :

1° Par l'inspection, on remarque que le malade présente des séries de déglutitions d'air inconscientes et qu'il prend ces déglutitions pour des éructations qui

s'opèrent avec un bruit spécial et la bouche étant fermée.

2° Par la radioscopie. La chambre à air normal de l'estomac est ici considérable et elle augmente à chaque fois que l'on demande au malade de faire une éructation. On voit l'air rentrer dans la cavité stomacale au lieu d'en sortir comme l'imagine le malade.

Dans la pratique, il ne faut pas oublier que ces divers syndromes se mélangent, se confondent intimement, que le syndrome flatulent complique l'une ou l'autre variété de dyspepsie hyper ou hyposthénique. Cela n'a d'importance que pour ce qui concerne le traitement. On traitera en même temps chacun des syndromes différenciés. L'important est de pouvoir les établir nettement en clinique.

Résumé :

Les dyspepsies vraies	<i>Dyspepsies hypersthéni- ques</i>	{ Le type clinique. Les moyens adju- vants de dia- gnostic.	{ Chimisme. Radioscopie.
	<i>Dyspepsies hyposthéni- ques</i>	{ Les complications gastriques.	{ Spasme du pylore { permanent temporaire.
	<i>Syndrome flatulent</i>	{ Le type clinique. Les moyens adju- vants de dia- gnostic.	{ Chimisme. Radioscopie
		{ Les complications gastriques	{ Fermentation. Stase par atonic.
		{ Le type de fermentation. Le type d'aérophagie.	

CHAPITRE III

LES FAUSSES DYSPEPSIES

Ce qui caractérise des fausses dyspepsies, c'est l'état mental du sujet.

Un certain nombre de malades (environ 4 % d'après notre statistique) se plaignent de troubles d'estomac particuliers et qui diffèrent des syndromes décrits ci-dessus.

Ces malades sont en général des agités, des inquiets qui lisent les journaux, les livres ou les brochures de médecine, et ressentent des troubles vagues, bizarres du côté de leur système digestif.

Ces troubles ont pour caractère d'être *irréguliers*.

L'appétit des malades est modifié, mais sans périodicité aucune. Quand on les interroge avec soin, on remarque que cet appétit est essentiellement en rapport avec leur état mental. Sont-ils gais, ils mangent et digèrent bien ; sont-ils, inquiets ou tristes, leur estomac s'en ressent. Ils ne présentent pas de douleurs précises. Ce qu'ils décrivent, ce sont des pesanteurs, des malaises. Ceux-ci apparaissent à n'importe quelle heure du jour ou de la nuit, pendant quelques secondes ou quelques

minutes, puis disparaissent. Il n'y a aucun rapport entre ces malaises, ces angoisses et l'heure des repas.

Des semaines s'écoulent sans qu'ils ressentent aucune gêne, puis tout à coup reviennent les douleurs de tête, les impressions générales ou locales pénibles, par séries, trois jours de suite par exemple, puis plus rien.

Cela revient et s'en retourne, par intermittence, sans aucune règle, sans aucune fixité.

L'irrégularité est le symptôme prédominant de ces fausses gastropathies.

Examine-t-on ces malades au point de vue objectif ? On ne leur trouve rien ou presque rien. Ils n'ont pas de stase, ni de dilatation. Il ont une bonne paroi musculaire.

Le chimisme est normal. Le rayons X ne décèlent rien de particulier.

Nous sommes loin ici des fausses gastropathies de Déjerine ou Dubois de Berne dont les diagnostics ne sont pas ratifiés par l'examen approfondi de la ponction. Mais ces fausses gastropathies *existent*, nous allons en citer deux observations.

Observation. — Il s'agit d'un mécanicien de 29 ans dont la mère est morte à 50 ans d'un cancer de l'estomac et le père mort de tuberculose pulmonaire à 45 ans.

En voilà déjà suffisamment pour frapper un esprit naturellement inquiet.

Antécédents personnels. — Jusqu'à son service militaire, il n'a jamais souffert d'aucune maladie, mais avait déjà éprouvé

deux ans auparavant des malaises indescritibles. Il se sentait faible, sans courage et sans volonté.

Blennorrhagie à 20 ans, traitée et guérie rapidement. Son service militaire effectué en Russie dura trois ans dans d'excellentes conditions.

C'est depuis son service militaire qu'il présente les symptômes suivants :

Le matin à son réveil le malade se sent fatigué, même quand il a eu, ce qui est son habitude, un bon sommeil. « Quelquefois dit-il, quand je respire, je sens un poids au niveau de mon estomac avec des douleurs vagues et diffuses dans les jambes, le long du tibia et dans les muscles du mollet. » Parfois aussi ressent-il des maux de tête.

Il a bon appétit et mange bien. Après déjeuner, il se sent abattu, surtout, dit-il, quand il fait chaud. Il n'a jamais éprouvé de douleur d'estomac, mais seulement une gêne irrégulière et intermittente. Quand il est apathique après son déjeuner, cette apathie dure jusqu'au soir. Le meilleur moment de la journée est le soir après dîner.

Il mène une vie très régulière, ne boit pas, mais fume seulement quelques cigarettes.

Examen. — Semble à première vue jouir d'une bonne constitution, mais présente l'apparence d'un homme préoccupé et inquiet.

Examen du tube digestif. — La langue est un peu blanchâtre. Pas de point dyspeptique. Pas de constipation ou de diarrhée, ou, dit-il, s'il y a de la constipation, ce n'est que par intermittence et rarement.

Pas de dilatation ni de bruit de clapotage. Bonne paroi abdominale.

Chimisme. — H = 0,29

F = 0,18

C = 1,20

A = 1,67

Donc sensiblement normal.

Appareils circulatoires et respiratoires normaux.

Tension artérielle prise au Pachon.

Mx entre 12 et 13 {
Mn 9 } Plutôt basse.

Appareil nerveux. — Réflexes rotuliens normaux. Douleurs vagues dans les jambes chaque matin au réveil. Pas de trouble de la motilité, ni de la sensibilité superficielle ou profonde. Très léger tremblement fibrillaire des extrémités. Pas de mélanodermie.

Psychisme. — Le malade est extrêmement inquiet de l'état de sa santé. Il s'agite, même à propos d'un nom prononcé devant lui et dont il ne comprend pas la signification. Il a une tendance à la solitude, aux rêveries, aux idées tristes. Il se met facilement en colère, mais est très vite abattu. Sa vue lui semble diminuée. Il cherche visiblement à se découvrir une maladie cachée. Sa mémoire, dit-il, diminue. Il croit jouer moins bien au billard qu'autrefois et son jeu lui semble le même. Le craquement de ses jointures lui fait peur, et les changements de temps influent, dit-il, sur son tempérament.

En résumé, c'est un inquiet, un psychique qui ne présente aucun trouble fonctionnel du côté de son estomac.

C'est donc vraiment un faux gastropathe. Sa maladie est une fausse dyspepsie.

Observation. — Il s'agit ici d'une femme de 35 ans qui vient se plaindre de troubles d'estomac et particulièrement de vomissements irréguliers.

Parmi ses antécédents héréditaires ou personnels, il n'y a rien à signaler, car elle n'a jamais été malade avant son mariage. Depuis cette époque (1901) elle a eu une fausse couche et deux enfants dont un seul est vivant. Après la naissance du premier, elle souffrit de violentes douleurs au niveau de l'hypocondre droit, douleurs attribuées par le médecin à une crise de colique hépatique. Elle a eu des crises analogues assez fréquemment renouvelées, mais depuis quatre ou cinq ans ces douleurs ont à peu près disparu.

Il y a deux ans, immédiatement après le déjeuner, elle eut des maux de tête violents accompagnés de vomissements et le lendemain diarrhée. Ces crises se renouvelaient à intervalles assez éloignées, mais actuellement sont devenues plus fréquentes. Elle remarque en même temps qu'elle devient un peu jaune dans la journée. L'urine est foncée. L'appétit est normal, pas de constipation, langue un peu blanche. Pas d'albumine.

Examen de la malade.

a) *Système digestif.* — La paroi abdominale est suffisamment résistante. L'estomac n'est pas dilaté et ne présente pas de bruit de clapotage. Pas de points douloureux solaires ou abdominaux. Le foie est plutôt petit et non douloureux à la palpation. La vésicule biliaire est inaccessible.

Chimisme :

Analyse qualitative $\left\{ \begin{array}{l} \text{H} = \text{présence.} \\ \text{Acide lactique} = \text{absence.} \end{array} \right.$

Analyse quantitative :

$$H = 0,70$$

$$F = 0,20$$

$$C = 1,00$$

$$A = \underline{1,90}$$

Deuxième contrôle :

$$H \pm 0,80$$

$$F = 0,20$$

$$C = 1,00$$

$$A = \underline{2,00}$$

Appareil respiratoire absolument normal.

Appareil circulatoire également. Pouls à 75.

Le corps thyroïde est perceptible.

Elle est très bien réglée.

Les urines ne contiennent ni sucre ni albumine.

Système nerveux. — Les réflexes rotuliens sont normaux. Pas de troubles de la sensibilité ni de l'accommodation pupillaire.

Psychisme. — Le caractère est naturellement égal.

Elle n'a pas de tendance à l'inquiétude, mais elle avoue une incompatibilité d'humeur avec son mari, et elle a remarqué la relation fréquente de ses crises gastriques et de ses discussions conjugales.

Il en résulte que l'origine de ses troubles gastriques réside en dehors de son estomac, puisque celui-ci est normal. Tous ces troubles sont d'origine émotive même les vomissements et le sub-ictère consécutifs. Le traitement psychothérapique agira ici pour le mieux.

Le rôle du médecin peut exercer une grande influence sur la genèse de ces fausses dyspepsies. Et, en ce sens, l'observation ci-dessous semblerait donner raison à MM. Déjerine et Dubois de Berne.

Il s'agissait d'un malade, inquiet, agité, qui suivait depuis deux ans un régime assez sévère. Les troubles qu'il éprouvait étaient fort vagues et réellement assez légers : sensations irrégulières d'étouffement, oppression nocturne. Il raconte que deux ans auparavant, il était allé trouver un médecin parce qu'il se sentait fatigué. Celui-ci diagnostiqua une dilatation d'estomac. Et depuis ce temps, croyant avoir une maladie grave, le malheureux suivait un régime et s'inquiétait de plus en plus. La dilatation n'existait plus quand nous l'avons examiné, si jamais elle avait existé, et cette simple assurance donna confiance au pseudo-malade. Il se remit très rapidement dès qu'il eut la certitude de n'avoir aucune maladie réelle.

Simulateurs. — Parmi ces faux gastropathes, nous devons encore ranger les gastropathes simulateurs, tels ces jeunes collégiens qui disent avoir mal à l'estomac pour ne pas aller au collège.

Ce qui distingue les dyspepsies pithiatiques des dyspepsies simulées, c'est que, dans le premier cas, le sujet devient malade par suggestion ou auto-suggestion et d'une façon inconsciente, et, que dans le deuxième cas le sujet vomit pour arriver à un but.

Observation. — Il s'agit d'un jeune collégien de 10 ans qui nous est amené à la consultation de l'Hôtel-Dieu pour vomisse-

ments qui durent depuis deux ans. Ces vomissements s'accroissent quand il est au collège et diminuent lorsque ses parents le reprennent chez eux. A l'examen, nous ne pouvons découvrir quelque chose d'anormal au niveau de son estomac. Le poids est normal en raison de son âge, et ces malaises, durant depuis si longtemps, ne l'ont nullement cachectisé.

Pour compléter l'examen par une étude coprologique, nous le mettons au régime de Schmidt. Cette épreuve montre la digestion parfaite de tous les aliments. Le fait de la prédominance des troubles dyspeptiques au collège, nous fait songer à une dyspepsie simulée. Il avait consulté plusieurs médecins et essayé en vain plusieurs médications. En conseillant à ses parents des punitions corporelles au cours de ces vomissements, ceux-ci cessèrent comme par enchantement.

Dans ces fausses dyspepsies, non seulement le diagnostic, mais aussi le pronostic est commandé par l'état psychique du sujet.

En résumé. — Nous indiquerons dans le tableau suivant la caractéristique des fausses gastropathies.

Fausses gastropathies	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Dyspepsies} \\ \text{pythiatiques} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Irrégularité des symptômes.} \\ \text{Fonction stomacale normale et} \\ \text{troubles psychiques accen-} \\ \text{tués.} \end{array} \right\}$
	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Dyspepsie} \\ \text{de} \\ \text{simulation} \end{array} \right\}$	$\left\{ \begin{array}{l} \text{Fonction stomacale normale.} \\ \text{Le sujet a un avantage particu-} \\ \text{lier à être dyspeptique.} \end{array} \right\}$

CHAPITRE IV

LES RAPPORTS DES VRAIES ET DES FAUSSES DYSPEPSIES

Nous savons maintenant ce qui caractérise les vraies dyspepsies, ce qui caractérise les fausses.

Quelles sont les plus nombreuses ?

Pour MM. Déjerine et Dubois de Berne, les fausses gastropathies atteignent le pourcentage de 90 %.

D'après les statistiques que nous avons pu relever à la consultation d'estomac de l'Hôtel-Dieu (service du professeur Chantemesse), sur 100 dyspepsies observées avec soin voici, comment, pour nous, elles peuvent se décomposer.

55 revêtent le type hypersthénique.

32 sont nettement hyposthéniques.

Dans 9 autres cas le syndrome de fermentation domine. Enfin il en reste 4 que nous avons pu reconnaître comme étant vraiment de fausses dyspepsies.

A quelles causes rattacher cette énorme différence entre les observations de MM. Déjerine et Dubois, et les nôtres ? Il nous semble que l'on peut les résumer sous les trois observations suivantes :

1° Le recrutement de la consultation n'est pas le même.

Les malades qui viennent de l'Hôtel-Dieu sont presque exclusivement des gastropathes. Ceux qui viennent consulter MM. Déjerine et Dubois sont surtout des nerveux.

2° Nous examinons systématiquement l'estomac des malades, ce qui nous permet de reconnaître les véritables gastropathies. MM. Déjerine et Dubois posant en principe que cet examen est inutile et même nuisible, n'ont pas la même facilité que nous pour établir une différenciation précise.

3° La distinction entre les vraies et les fausses dyspepsies n'est pas souvent facile à établir, et la confusion est possible dans certains cas. Chez une malade, par exemple, dont l'examen du suc gastrique ne put être pratiqué, la douleur, prétendait-elle, apparaissait à heure fixe, deux heures après le repas et disparaissait également à heure fixe, une heure et demie après le début de ses malaises. Cette dyspepsie, d'origine psychogène, se présentait avec des symptômes tardifs rappelant, pour un observateur superficiel, la dyspepsie hypersthénique.

D'un autre côté, de véritables dyspeptiques peuvent se présenter avec les allures cliniques de faux gastropathes.

Parmi ces malades nous distinguerons deux classes.

A) Chez les uns la dyspepsie évolue sur un terrain névropathique

Que ces troubles aient pris naissance par l'influence directe du système nerveux sur les sécrétions, ou que ces troubles soient dus à une cause quelconque, alimen-

taire ou autre, agissant sur ce terrain, peu nous importe, car nous n'envisagerons pas la pathogénie. Nous retiendrons seulement que ce qui caractérise le névropathe, c'est l'intensité des réactions nerveuses qui se manifestent chez lui à la suite de la moindre excitation extérieure. Cet état se manifeste par des troubles de la sensibilité et du psychisme.

1° *Troubles de la sensibilité*. — Depuis l'hyperexcitabilité réflexe de tous les organes à la moindre excitation extérieure, jusqu'à l'abolition des réflexes cornéens et pharyngiens, il y a place pour toute une série d'états intermédiaires. Il paraît difficile de distinguer les névropathes en excités ou en déprimés, car ces deux états sont souvent chez eux consécutifs. Cependant certains d'entre eux participent davantage d'un état que d'un autre.

2° *Troubles du psychisme*. — Le psychisme présente un caractère d'émotivité particulière. Chez les névropathes l'excitation et la dépression, l'enthousiasme et la torpeur sont des états qui voisinent et se succèdent. Tantôt le moindre symptôme morbide, ou le plus petit événement de la vie journalière prendront pour lui des proportions inquiétantes, tantôt c'est l'apathie ou l'indifférence qui domine la scène. Ces troubles sont la plupart du temps familiaux et héréditaires. Presque tous les malades de cette catégorie disent qu'ils sont nerveux depuis leur plus jeune âge, naturellement vifs, irascibles, et sujets aussi aux crises de larmes ou de désespoir, et que leurs parents, leurs frères, leurs sœurs, sont nerveux également.

Les gastropathies se développent plus facilement chez ces prédisposés, que chez d'autres sujets dont le système nerveux est normal. Chez eux aussi, les dyspepsies seront d'autant plus rebelles et auront d'autant plus de tendance à récidiver. Le spasme du pylore, chez un hypersthénique banal, sera certainement augmenté chez un névropathe dont tout l'effort psychique est orienté vers ses troubles d'estomac.

Voici une observation intéressante que nous avons recueillie dans le service du professeur Chantemesse.

Observation. — M^{me} V..., 25 ans, domestique.

Antécédents héréditaires. — Parents vivants et bien portants. Père très vif et nerveux.

Douze frères et sœurs vivants et bien portants. Presque tous sont nerveux.

Elle est la plus nerveuse de tous.

Antécédents personnels. — Rougeole à 8 ans. Dès cette époque, elle avait des colères violentes, devenait toute noire, tombait par terre et se roulait. Puis elle restait malade, abattue, avec des maux de tête violents, toute la journée.

Vers l'âge de 9 ans, elle présenta un certain nombre de phénomènes curieux.

En allant à l'école, elle ressentait une violente douleur dans les jambes, poussait un cri et tombait par terre. C'était une sorte de paraplégie qui durait huit jours. Les mouvements revenaient peu à peu. Ces phénomènes ont eu lieu à cinq ou six reprises différentes.

Elle eut une toux opiniâtre qui dura été et hiver pendant six

ans. Depuis qu'elle porte sur la peau de la flanelle, elle ne tousse plus.

Réglée à 11 ans et 8 mois et sans interruption depuis ; mais ses règles reviennent toutes les trois semaines.

Vers le même âge elle avait des douleurs dans les côtés, principalement accusés dans la position assise. On lui mit à cette époque un certain nombre de vésicatoires qui calmaient ses douleurs. Depuis, quand elle est assise, elle est restée sujette aux points de côté.

A 16 ans, elle eut une première crise d'appendicite, avec tympanisme considérable, vomissements, diarrhée.

Douleurs au point de Mac Burney ; ces douleurs revenaient souvent, dans la suite, accompagnées d'un peu de diarrhée.

A 17 ans, elle fut reprise d'une nouvelle crise d'appendicite qui nécessita son transport à l'hôpital Beaujon, où elle fut opérée un mois après son entrée. Pendant son séjour, elle eut des frayeurs, des phobies, trois crises de nerfs avec révulsion des yeux, étouffements, convulsions. Cela durait cinq minutes avec de violentes céphalalgies consécutives. Elle avait l'impression, dit-elle, d'une douleur qui remontait de l'ombilic à la gorge et l'étouffait.

Elle eut trois crises analogues.

Depuis, il y a aujourd'hui deux ans, elle a souffert de douleurs violentes, mais imprécises, qui duraient une heure, dans la région péri-ombilicale. Le médecin traitant avait songé à une crise de colique hépatique.

Trois crises analogues.

Il y a un an, elle eut un ictère émotif, à la suite d'un bain de mer où elle avait cru se noyer.

Examen. — Elle entre dans le service souffrant de son esto-

mac. Le début de cette maladie remonte environ à un an, mais elle prétend qu'elle a toujours eu un estomac sensible.

Un quart d'heure après déjeuner, elle a une sensation de vers qui remontent de l'estomac dans sa gorge, l'étouffent, produisent des picotements qui durent une seconde et redescendent avec la même impression. Souvent, mais particulièrement deux heures après le repas, les aliments lui reviennent dans la bouche en plus ou moins grande quantité; elle est obligée de les cracher. Ces symptômes se renouvellent tous les jours (merycisme à peine incomplète, puis complète).

Trois heures après son repas, elle est très épuisée, et cet épuisement l'invite à manger de nouveau. C'est ainsi qu'elle mange à 7 heures, à 10 heures, à midi, à 4 heures, à 7 heures. Elle va régulièrement à la selle, mais quelquefois en diarrhée.

Les éructations ont lieu de temps à autre. Aérophagie très nette.

Examen clinique. — A la palpation, la pression n'est pas en général douloureuse, bien que le point épigastrique et la cicatrice de son appendicite soient hypersensibles. Mais la malade se plaint vivement de petites secousses imprimées à la paroi au niveau du point épigastrique. Bonne paroi abdominale, bonne tension.

Chimisme. — $H = 0,60$

$F = 0,30$

$C = 1,70$

$A = 2,60$

Donc légère hyperacidité.

Examen des fèces à la suite du régime de Schmidt :

Fibres conjonctives assez mal digérées, ainsi que les substances amylacées.

Bonne digestion des substances musculaires et grasses.

Épreuve de fermentation de Schmidt : Négative..

Après le tubage, la malade s'est plainte vivement d'une toux opiniâtre avec incessants picotements de la gorge et de courbature dans la région lombaire.

Appareil génital. — Fréquence des règles.

Dysménorrhée très fréquente.

Vers l'âge de 20 ans, elle a présenté des pertes blanches assez abondantes qu'elle a traitées par des injections chaudes au lysol. [Blennorragie?] Brûlures en urinant avec point antérieur gauche dans le petit bassin très douloureux. Actuellement tous ces symptômes ont disparu.

Appareil circulatoire. — La palpation permet de percevoir un très léger frémissement, présystolyse au niveau de la pointe. Le volume du cœur est normal à la percussion.

La pointe bat dans le 4^e espace intercostal.

A l'auscultation, on perçoit un léger roulement présystolique à la pointe. L'aorte est normale et les autres orifices également.

Elle se plaint d'essoufflement facile quand elle marche vite ou quand elle monte un escalier.

Appareil respiratoire. — Le pharynx est assez sensible et actuellement la gorge est un peu rouge. Cependant, depuis plusieurs années, elle n'est plus sujette aux affections des voies respiratoires. L'auscultation est normale. Foie et rein normaux. Ni sucre, ni albumine.

Système veineux. — Tendance aux varices des membres inférieurs. Arborisations vasculaires sur les cuisses et sur les jambes, faces internes, principalement marquées à droite.

Système nerveux. — Jamais de perte de connaissance ni de

coma. La parole est facile, claire, pas embarrassée, l'écriture également.

Motricité. — A part, ces troubles paraplégiques relatés plus haut, jamais la malade n'a ressenti de paralysie quelconque. Elle ressent des contractures spasmodiques de l'orbiculaire quand elle veut dormir, et des douleurs vagues sur les yeux.

Pas de contractures, ni de contusions : mais elle présente, émotionnée, des tremblements fréquents, ainsi que de violents claquements de dents.

Pas de troubles d'incoordination des mouvements. Le sens de la position respective des membres demeure normal. Pas de catatomie, ni de troubles stéréognostiques.

Réflexes. — Rotulien vif, brusque, un peu exagéré. Signe de Babinski négatif. Pas de trémulation épileptoïde, pas d'inégalité papillaire. Réflexes à la lumière et à l'accommodation normaux. Pas de troubles trophiques, ni de dissociation syringomyélique, ni d'anesthésie ou d'allocheirie, ni de retard dans les perceptions.

Hyperesthésie de la jambe gauche sur tout le trajet du sciatique, principalement au niveau du mollet. Pas de troubles de la vision dans le sens de la microscopie ou de la macroscopie. Pas de dyschromatopie ou de rétrécissement du champ visuel.

Examen psychique. — A première vue, la malade ne semble présenter aucun symptôme anormal relatif à son psychisme. Elle semble assez franche, répond tranquillement aux questions posées.

Dès l'âge de 9 ou 10 ans, elle avait des cauchemars et des terreurs nocturnes : c'étaient des édredons que l'on jetait sur elle pour l'étouffer. Elle se débattait tellement dans son lit que ses parents étaient obligés de l'attacher. D'autres fois, c'étaient des vaches qui la poursuivaient, les cornes en avant. Elle se levait et hurlait de terreur.

Maintenant elle rêve fréquemment d'assassinats.

Des inconnus la serrent à la gorge, la poignent. Elle rêve de mort, que les dents lui tombent de la bouche. Tous ces cauchemars la réveillent en sursaut.

Rêves érotiques bizarres, mais rares.

L'esprit est assez vif, mais sans mobilité anormale. Elle se laisse facilement suggestionner par ses lectures. Celles-ci sont souvent la cause de ses terreurs nocturnes et de ses bizarres cauchemars.

Pas de changement d'humeur, ni de mobilité de ses sentiments affectifs. Elle reste longtemps dans la même place. Mais fréquemment, sans raison, elle a envie de pleurer.

Surexcitation cérébrale au moment du sommeil, mais sans hallucinations oniriques. La nuit, quand elle se réveille et qu'elle n'a pas de lumière, elle voit des multitudes d'yeux brillants qui la fixent. Pas d'inquiétudes religieuses ou autres. Aucun délire.

Observation. — Pour compléter cette étude rappelons encore le cas de M^{me} X., convaincue d'avoir une maladie d'estomac, sans troubles fonctionnels réels. Pendant deux ans elle absorba tous les médicaments possibles et détermina ainsi une véritable dyspepsie. Cette dyspepsie médicamenteuse consécutive à une fausse dyspepsie n'est pas encore aussi rare qu'on serait tenté de se le figurer.

Parmi ces dyspepsies nous signalerons également celles qui évoluent sur un *terrain asthénique*. Certains sujets viennent au monde avec une insuffisance des principaux éléments — conjonctifs, musculaires, nerveux, etc., — qui conditionnent la vie active des organes. Ce sont

les faibles de l'existence. On comprend dès lors aisément combien, chez ces prédisposés, les maladies chroniques, et particulièrement certaines dyspepsies rebelles, se développent aisément. Le syndrome asthénique a été bien étudié en France par Glénard, en Allemagne par Stiller. C'est ainsi que M. Cawadias l'a dénommé le syndrome de Glénard-Stiller (1).

En quoi consiste ce syndrome ?

Il est caractérisé par une triade symptomatique : neurasthénie, troubles dyspeptiques gastro-intestinaux, viscéroptose. Tel qu'il est ainsi résumé, il ne correspond plus à la diathèse primitive. Celle-ci n'était qu'une tendance que les circonstances ont développée. Ce sont les émotions, les chagrins, la mauvaise hygiène, la misère qui interviennent ainsi, à une époque de la vie où l'accroissement définitif des organes nécessite le plus de conditions hygiéniques pour ménager l'avenir.

Les trois éléments, neurasthénie, intoxication digestive, modification de la tension, se combinent les uns avec les autres pour créer le syndrome de Glénard-Stiller. Le premier en date est sans doute la viscéroptose. Nombre d'enfants présentent déjà de la laxité de la paroi abdominale, qui seront plus tard de véritables ptosiques. Cette paroi est faible, et souvent derrière elle, descend un estomac distendu et qui clapote.

Le côlon transverse accompagne bientôt cette chute,

1. Dr Cawadias. La viscéroptose in: *Journal des Praticiens*, 23 nov. 1912.

et suivant la mauvaise hygiène du malade, ou chez les femmes, le port d'un mauvais corset, consécutivement aux grossesses, le rein droit est ptosé à son tour ; quelquefois les deux reins descendent dans la cavité abdominale. Il peut exister simultanément une descente légère du foie.

Un estomac distendu dans le sens vertical et dont la musculature est insuffisante est une cause de fermentation. Celle-ci peut même être précédée d'hyposécrétion gastrique (rarement d'hypersécrétion). Le système nerveux, déjà faible antérieurement, accuse des manifestations spéciales (vertiges, maux de tête, fatigue, inquiétudes, phobies, rachialgies, insomnies, etc.).

Les malades pourront présenter des retentissements plus ou moins marqués, suivant les organes qui réagiront davantage à la diathèse. Ici les troubles d'estomac domineront la scène, revêtant toutes les formes de dyspepsies, particulièrement la forme hyposthénique avec fermentations.

Là les symptômes nerveux seront prédominants :

Les psychonévroses succéderont à la neurasthénie et la mélancolie à l'inquiétude.

Observation. — Madame C..., 24 ans, employée dactylographe.

Antécédents héréditaires. — Sa mère a toujours présenté des troubles gastriques. Elle est venue à la consultation de l'Hôtel-Dieu, se plaignant de symptômes intestinaux caractérisés par des alternatives de constipation et de diarrhée. Elle accuse éga-

lement du ballonnement du ventre, des éructations, des gaz, ainsi que des douleurs tardives après les repas.

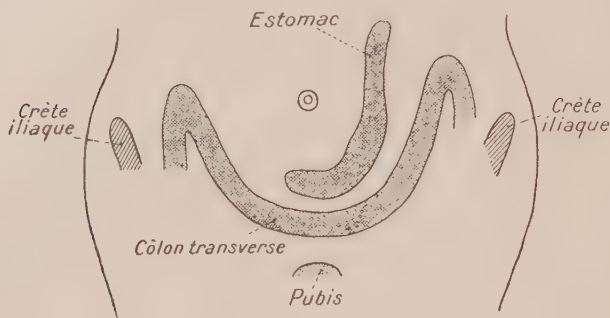


Figure 1.

Examen. -- La paroi abdominale est flasque. Les contractions gastriques et les ondulations épigastriques sont visibles. On voit nettement, à travers cette paroi insuffisante, battre l'aorte abdominale. La palpation permet de sentir l'iléon, de même que tout le gros intestin. On remarque à droite un rein flottant.

Radioscopie. — L'estomac est légèrement distendu dans le sens vertical. De même que le côlon transverse est nettement ptosé. Le calque ci-joint montre qu'il descend dans le voisinage du pubis.

En ce qui concerne notre malade (sa fille) elle a toujours souffert de l'estomac. La constipation dont elle se plaint date de l'âge de 12 ans. Les douleurs d'estomac qui datent de cette époque revêtent le plus souvent le caractère hypersthénique (ce n'est pas la règle dans le syndrome de Glénard-Stiller).

Elle a eu deux grossesses.

A l'examen, on constate :

- 1° Un syndrome-dyspeptique hypersthénique ;

2° Une viscéroptose avec allongement de l'estomac diagnostiqué après examen clinique et confirmé par l'examen radioscopique d'après le calque ci-contre. Le côlon est ptosé. Le rein droit est flottant et la paroi abdominale est insuffisante.

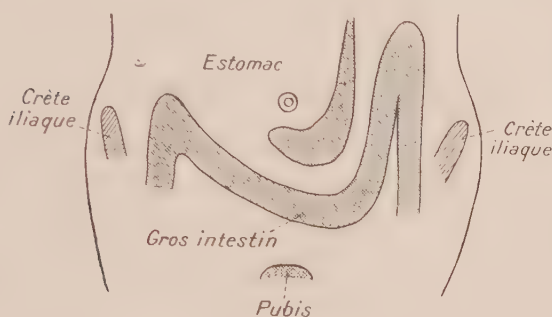


Figure 2.

3° Un syndrome neurasthénique.

La malade est inquiète, affaiblie et ne peut pas travailler. Elle entre à l'Hôtel-Dieu au cours d'une exacerbation de ces crises douloureuses, et sort très améliorée par le traitement gastrique associé à la psychothérapie, et par le port d'une ceinture abdominale.

B) Enfin, nous distinguerons encore les dyspepsies primitives avec retentissements nerveux intenses.

Chez ces malades, l'inquiétude, l'agitation ou le découragement ne sont que les conséquences de leur dyspepsie. Ils n'accusent pas d'antécédents névropathiques, seulement leurs douleurs continues et le peu d'action des

thérapeutiques employées réagissent sur leur psychisme. Chacun réagit à sa manière, suivant son tempérament, suivant sa culture intellectuelle, ses habitudes et son milieu.

Il n'existe pas ici de règles fixes ou de division précises. Toutes sont arbitraires et ne comportent que des cas particuliers.

Nous n'avons pas contrôlé des cas graves de retentissement nerveux chez les gastropathes. Cependant nous citerons les cas suivants, assez intéressants.

Observation. — Il s'agit d'une malade de 32 ans, fleuriste, qui souffre de l'estomac depuis un an. Elle avait une mauvaise hygiène alimentaire, mangeait à des heures irrégulières, vite, avec une mastication insuffisante.

La maladie débuta par une sensation de pesanteur survenant après chaque repas, sensation qui disparaissait dans la soirée. Un jour, étant à la campagne (juin 1911), elle eut un vomissement alimentaire (le dîner de la veille) vers 5 heures du matin. Le médecin qu'elle consulta lui prescrivit de l'acide chlorhydrique avec un régime de pommes de terre cuites à l'eau. L'état s'aggrava à partir de ce moment. Comme elle accusait une douleur localisée dans le bas-ventre, on crut à une salpingite et elle suivit un traitement adéquat.

Puis on essaya de l'opothérapie ovarienne.

Un autre médecin lui conseilla les laitages et le fromage à la crème et réduisit son alimentation. Moins elle mangeait, plus ces pesanteurs s'aggravaient.

Depuis huit mois elle ne suit plus aucun traitement.

Actuellement, l'appétit est excellent, mais les pesanteurs d'es-

tomac apparaissent immédiatement après le repas, accompagnées d'une sensation de constriction de la gorge. Ce poids disparaît vers 3 heures de l'après-midi. Mais elle est, dit-elle, sans cesse oppressée, même la nuit. Elle se réveille, elle dort mal, elle s'agite dans son sommeil. Pas d'éruclations, pas de constipation, la langue est blanche.

Système nerveux. — La malade est naturellement inquiète, agitée ; l'œil est très vif et très brillant. L'idée qu'elle a une maladie d'estomac la bouleverse.

Les réflexes sont nettement exagérés. Mais elle n'a pas d'anesthésie cornéenne ou pharyngienne, et aucun trouble de sensibilité. Pas de dermographisme.

Appareils respiratoire et circulatoire normaux. Pouls 80.

Le corps thyroïde est légèrement hypertrophié au niveau du lobe droit.

Examen chimique — H = Absence.

(Gunzbourg et Azo Benzol).

F = 0,70

C = 0,70

A = 1,40

Donc dyspepsie hyposthénique avec fermentations.

Examen radioscopique. — L'estomac possède un volume normal : le pôle inférieur, légèrement abaissé, est placé au niveau de la ligne bi-iliaque. Mais la mobilité est normale. Il n'y a pas d'adhérences, car il se soulève très bien en cours de contraction de la paroi abdominale. Pas d'aérophagie.

Observation (Juin 1912). — Le nommé M..., 28 ans, cuisinier.

N'a jamais été malade avant son service militaire (trois ans). Dès son entrée au régiment, après environ huit mois, il eut un ictère catarrhal qui nécessita son entrée à l'hôpital. A ce moment, il souffrait souvent de la constipation avec malaises après les repas.

Depuis sa sortie du régiment, il se nourrit mal, étant donnée sa profession, mange trop vite et debout.

Il y a seize mois, il ressentit de violentes douleurs dans les jambes, accompagnées de diarrhée profuse et d'une céphalée intense. Il alla consulter un médecin qui lui fit absorber un certain nombre de médicaments variés. Et on lui fit, sans résultat appréciable, des injections sous-cutanées d'eau de mer.

Mis au régime lacté, avec des purées de légumes, il ressentit de l'amélioration. En même temps, on lui faisait des piqûres de strychnine et de cacodylate de soude.

État actuel. — L'appétit est conservé, mais principalement marqué vers 5 heures du soir. Il souffre souvent après avoir mangé, mais d'une manière irrégulière. Certains jours, ces douleurs s'éveillent seulement vers 4 heures du soir. Il souffre souvent dès le matin en se réveillant.

Dès qu'il mange, il se plaint de douleur de tête et à l'impression d'avoir la tête vide et de ne pouvoir rassembler ses idées.

La constipation est disparue, mais il a des coliques par intermittence. Eructations nombreuses.

Examen physique. — La langue est blanche. L'estomac est distendu par les gaz, mais ne clapote pas. Point douloureux au plexus solaire. Intestin contracturé mais non douloureux. Foie augmenté de volume.

Système nerveux. — Le malade s'inquiète de son état, se surveille très attentivement, se plaint vivement d'hypothymie, de tremblements, de céphalée, d'hésitation dans les mouvements, de cauchemars.

Le retentissement mental est assez marqué. Il craint parfois, dit-il, de devenir fou.

L'examen de la sensibilité et du réflexe ne décèle rien d'anormal.

Chimisme. — $H = 0,43$

$F = 0,32$

$C = 0,75$

$A = 1,50$

Lavage de l'estomac : stase à jeun.

Diagnostic. — Dyspepsie de fermentation (syndrome flatulent avec aérophagie).

Retentissement nerveux important.

(Juin 1912.)

On voit nettement combien dans ces cas le chimisme gastrique est important pour déterminer le trouble fonctionnel de l'estomac.

Un examen superficiel permettrait de poser le diagnostic de dyspepsie pithiatique et l'on verrait dans ces cas le peu de succès de la psychothérapie livrée à ses seules forces.

CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES

Les distinctions que nous avons établies entre les vraies et les fausses dyspepsies sous-entendent, suivant les cas, un traitement un peu spécial.

A. — Les dyspepsies pithiatiques sont justiciables de la psychothérapie simple avec, comme adjuvants, les médicaments propres à améliorer l'état du système nerveux. Une indication se présente : c'est de bien alimenter ces malades. Ils ont une tendance naturelle à abuser des régimes et à se contenter d'une alimentation insuffisante. L'erreur principale consisterait donc à prescrire chez ces malades un traitement gastrique sévère.

B. — Le traitement des vraies dyspepsies nécessitera, au contraire, un traitement particulier à chaque syndrome gastrique. A ce sujet nous rappellerons la classification du professeur Albert Robin.

Au syndrome hypersthénique, nous opposerons les calmants du système nerveux gastrique, tels que la belladone. Les alcalins terreux, bicarbonate de soude, magnésie, craie préparée, etc., satureront l'acidité gastrique et agiront ainsi sur la motricité exagérée de l'esto-

mac et sur l'élément spasmodique. Le régime sera lacto-végétarien.

Le syndrome hyposthénique sera traité par les stimulants, les amers, les excitants de la sécrétion stomacale.

Le syndrome de fermentation sera considérablement amélioré par des régimes d'où disparaîtront les principaux aliments susceptibles de fermenter.

Même dans des vraies gastropathies, le traitement nerveux pourra trouver aussi des indications relatives, mais il sera considéré seulement comme un traitement secondaire.

En particulier, au sujet des dyspepsies évoluant sur un terrain névropathique, on prendra en considération ce fait que ces malades ont une tendance manifeste à exaspérer leurs symptômes douloureux et se condamnent eux-mêmes très facilement à l'inanition. On en conclura que dans ces cas, il faudra bien se garder d'exaspérer les prescriptions diététiques, et qu'il sera nécessaire de prescrire, en même temps que le traitement purement gastrique, un traitement nerveux adjuvant.

Chez les gastropathes avec manifestations secondaires nerveuses, il faudra traiter la maladie, tant dans sa cause que dans ses manifestations.

Conclusion pronostique

Chez les véritables gastropathes, le pronostic dépendra du processus même et de la gravité de la dyspepsie.

Chez les dyspeptiques pithiatiques, il dépendra surtout

de l'état du système nerveux et du psychisme. C'est un pronostic d'obsession et de phobie.

Ajoutons encore que même chez les vrais dyspeptiques le pronostic dépend souvent de l'état névropathique du sujet.

CONCLUSIONS GÉNÉRALES

1° Le terme dyspepsie signifie trouble dans la fonction gastrique. C'est donc un terme qui désigne une altération fonctionnelle et non une entité morbide.

En disant dyspepsie, nous n'indiquons pas si ce trouble fonctionnel est lié à une altération de la muqueuse gastrique (théorie de la gastrite, MM. Hayem et Lion), ou à une altération du système nerveux qui commande la sécrétion gastrique (théorie de la dyspepsie nerveuse, Leube).

2° En tant que trouble fonctionnel de l'estomac, la dyspepsie porte sur les trois fonctions gastriques :

Fonction de sécrétion ;

Fonction de sensibilité ;

Fonction de motilité ;

Avec atteinte plus ou moins considérable de l'une de ces trois fonctions.

3° A côté de ces dyspepsies vraies, qui indiquent une altération fonctionnelle de l'estomac (modification de la sensibilité, de la motilité et du chimisme), il existe des dyspepsies fausses dans lesquelles les fonctions demeurent absolument normales ; seulement le sujet psychopathe croit avoir une maladie d'estomac.

Les caractères essentiels de ces fausses dyspepsies consistent :

A) Dans l'absence de tout trouble réel de l'estomac, constatable par la clinique, la radioscopie, l'examen chimique de la sécrétion gastrique.

B) Dans la présence de troubles nerveux ou psychiques très accentués.

4° Dans la statistique de MM. Déjerine et Dubois de Berne, ces fausses gastropathies constituent la majorité des cas. Dans la statistique de la consultation du tube digestif à l'Hôtel-Dieu, nous avons au contraire trouvé ce syndrome très rarement.

Nous expliquons en partie la divergence des statistiques par le fait que plusieurs gastropathies vraies, évoluant sur un terrain névropathique, impriment à la maladie un caractère particulier qui le fait ressembler au caractère des fausses gastropathies ou gastropathies pithiatiques.

Pour préciser le diagnostic, il faut compléter l'examen clinique par l'étude du chimisme gastrique et l'examen radioscopique de l'estomac.

5° On ne doit faire le diagnostic de fausse gastropathie, diagnostic impliquant exclusivement une psychothérapie appropriée, qu'avec une grande réserve, et après avoir bien examiné l'estomac et éliminé une lésion vraie, cancer, ulcère, gastrite, ou d'une façon générale une dyspepsie organique.

6° Les fausses gastropathies peuvent se transformer en gastropathies vraies par différents mécanismes, mécanisme de l'insuffisance du système nerveux sur la

sécrétion, mécanisme de l'inanition à laquelle se condamnent les malades, mécanisme d'intoxication médicamenteuse.

7° Le terme dyspepsie nerveuse prête à confusion. Nous devons distinguer sous ce vocable :

A) Les dyspepsies d'origine alimentaire, toxique, etc., avec retentissements nerveux plus ou moins marqués.

B) Les dyspepsies dues à une modification du système nerveux de l'estomac, sympathique ou bulbaire. C'est ainsi que Leube, Soupault, etc., comprennent la dyspepsie nerveuse.

C) Les dyspepsies psychogènes que nous venons de décrire.

On voit par conséquent que le terme dyspepsie nerveuse prête à confusion et mérite d'être de moins en moins utilisé dans les traités de pathologie gastrique.

8° Le traitement sera adéquat à la forme de la dyspepsie.

Fonctionnel, s'ils s'agit d'une dyspepsie vraie avec troubles de la fonction.

Psychique, s'il s'agit d'une fausse dyspepsie.

On pourra, suivant les cas, faire intervenir les excitants ou calmants du système nerveux, hydrothérapie, etc.

Mixte, s'il s'agit d'un cas complexe.

Vu : le Président de la thèse.

CHANTEMESSE

Vu : le Doyen
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

L. LIARD

TABLE DES MATIÈRES

	Pages
CONSIDÉRATIONS GÉNÉRALES	9
CHAPITRE PREMIER. — <i>Classification historique</i>	13
I. — La théorie organicienne.	13
• A. — Lésions de la muqueuse.	13
B. — Lésions de la musculature	16
Objections à la théorie organicienne.	17
II. — La théorie nerveuse	19
Objections à la théorie nerveuse.	23
III. — L'organicisme fonctionnel	25
Discussion	27
IV. — Théorie des fausses gastropathies.	28
Conclusions	29
CHAPITRE II. — <i>Les dyspepsies vraies</i>	31
A. — Dyspepsies hypersthéniques.	33
B. — Dyspepsies hyposthéniques	36
C. — Dyspepsies de fermentation ou syndrome flatu-	
lent.	38
Résumé	40
CHAPITRE III. — <i>Les fausses dyspepsies.</i>	41
Observations	42

CHAPITRE IV. — <i>Les rapports des vraies et des fausses</i>	
<i>dyspepsies</i>	49
A. — Chez les uns la dyspepsie évolue sur un terrain	
névropathique	50
1 ^o Troubles de la sensibilité	51
2 ^o Troubles du psychisme.	51
Observations	52
Terrain asthénique	57
Observations	
B. — Chez d'autres la dyspepsie est primitive mais	
évolue avec des retentissements considérables .	61
CONSIDÉRATIONS THÉRAPEUTIQUES.	66
Conclusion pronostique.	67
CONCLUSIONS GÉNÉRALES	69

